

MORT DU D^r ÉMILE BLANC

SEPTICÉMIE SURAIGUË

PAR INFECTION DIGITALE

D'ORIGINE PUERPÉRALE

Par M. A. PONCET

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon.

J'écris ces lignes sous le coup d'une douloureuse émotion. Un de nos jeunes chirurgiens les plus aimés, les plus distingués, vient de succomber, malgré tous nos efforts, victime du devoir professionnel.

Le docteur Émile Blanc est mort dimanche matin, emporté à l'âge de 35 ans, par une septicémie suraiguë, d'origine puerpérale.

C'était une figure bien connue que celle de notre regretté confrère. Partout où l'on travaille, à l'hôpital, à la Faculté, on le rencontrait journellement. Ancien chef de clinique d'accouchements, il s'était plus particulièrement occupé de gynécologie. Ses importants travaux de clinique et d'anatomie obstétricales, lui avaient valu une juste notoriété (1).

(1) Je viens de parcourir l'*Exposé des Titres et Travaux scientifiques* qu'il fit l'année dernière à propos du concours d'agrégation où il se fit remarquer à tant de titres. Je n'ai pas compté moins de 34 publications. Toutes dénotent les mêmes qualités de travail, d'originalité et de rigueur scientifiques. C'est dans le *Lyon Médical*, dans la *Province médicale*, dans les *Archives de tocologie*, dans les *Annales de gynécologie*, dans les *Archives de physiologie*, qu'ont paru ses principaux travaux.

On n'a pas oublié ses recherches : *Sur la toxicité urinaire chez la femme enceinte* ; *Sur l'action pathogène d'un microbe trouvé dans*



Chacun connaissait son érudition, ses connaissances générales étendues qu'il augmentait chaque jour par un travail opiniâtre. Il était candidat aux prochains concours et ses compétiteurs, ses nombreux amis, savaient qu'il était homme à ne pas se rebuter, à poursuivre jusqu'au bout le but qu'il voulait atteindre.

C'est rendre un suprême hommage à la mémoire de ce travailleur infatigable, si bien fait pour les grandes luttes et le succès, c'est honorer le corps médico-chirurgical que de raconter une telle mort.

Mardi 23 mai, vers les huit heures du matin, il pratiqua chez une de ses malades atteinte d'accidents puerpéraux l'extraction de débris placentaires. Il n'avait à ce moment aucune blessure apparente, aucune excoriation visible, si ce n'est vers la rainure latéro-unguéale de l'index gauche, une dénudation en apparence insignifiante, occupant un point très limité. Il ne s'aperçut même de cette petite déchirure épidermique, de cette « envie » que lorsqu'il se sentit gravement malade. Il éprouva alors à ce niveau une légère douleur que la pression augmentait. Lorsque je le vis pour la première fois 48 heures après le début des accidents, la douleur avait disparu et localement on ne trouvait aucun signe d'une lésion inflammatoire.

Le même jour, à deux heures de l'après-midi, six heures environ après le contact suspect, il éprouva tout à coup une douleur très vive dans l'aisselle correspondante. Cette douleur intense qui fut le phénomène initial, devait bientôt s'accroître encore et par sa seule acuité éveiller déjà de grandes inquiétudes. La main, l'avant-bras, le bras restaient indemnes. Pas la plus petite rougeur cutanée, pas la moindre traînée angioleucitique ne révélaient une infection locale qui d'emblée frappait le creux axillaire.

A quatre heures, deux heures après l'apparition de la dou-

l'urine d'éclampsiques, etc., ses mémoires d'un grand intérêt sur les : Présentations du front ; L'opération césarienne ; La structure du segment inférieur de l'utérus à la fin de la grossesse, etc.

leur dans l'aisselle, éclatèrent des phénomènes généraux. Ce fut d'abord un frisson, pas très violent, mais des sensations de froid, des horripilations continues, pendant une à deux heures, puis des nausées, des vomissements qui devaient, à intervalles plus ou moins longs, persister pendant les deux premiers jours.

E. Blanc ressentait, en même temps, un malaise indéfinissable, une sensation de prostration, d'anéantissement qui ne lui laissaient pas de doutes sur la gravité de son état.

Il jugea immédiatement qu'il était frappé à mort. A ce moment, sous le coup d'une dépression générale profonde, accablé par la souffrance il se couchait pour ne plus se relever.

La nuit qui suivit fut mauvaise, agitée. Le lendemain matin, la température qui avait été la veille au soir de 40°, était de 39,7°.

Il se plaignait de céphalalgie, de frissons erratiques, mais surtout de la même douleur atroce dans l'aisselle gauche et dans la paroi thoracique correspondante. Le moindre mouvement du bras, la plus légère pression exacerbaient ses souffrances.

Le doute n'était plus possible. Il s'agissait bien d'une septicémie aiguë, d'autant plus redoutable que l'on se trouvait en présence d'une infection générale d'emblée, sans jalons laissés sur sa route, sous forme de panaris, de lymphangite. Ce fut l'opinion de mon distingué collègue le docteur Rochet, qui dès le début avait considéré comme des plus graves l'état de notre malheureux ami.

Lorsque je vis E. Blanc, le jeudi à une heure de l'après-midi, la température avait été le matin même de 41°, à midi elle était descendue à 40°,3.

La peau était sèche, brûlante, le pouls entre 120 et 130.

Le bras gauche accolé au tronc ne pouvait être déplacé, sans éveiller des douleurs horribles qui se produisaient, du reste, spontanément sous forme de lancées, de meurtrissures profondes.

L'examen local, rendu dès lors très difficile, ne donnait pas d'indications bien précises.

On pouvait constater cependant un léger gonflement, sans changement de coloration de la peau, au niveau de la paroi antérieure du grand pectoral et de la partie antéro-interne de l'épaule.

Cette tuméfaction s'étendait jusqu'au creux sus-claviculaire gauche, elle était même plus nette au-dessus de la clavicule que dans les régions voisines. A ce moment le facies était encore bon, la respiration normale. Il n'existait aucun signe de dyspnée, d'angoisse respiratoire, et nous cherchions tous dans la constatation de l'un de ces signes, dans l'absence de l'autre, une lueur d'espérance.

Il me sembla que tout espoir n'était pas absolument perdu, surtout si l'on intervenait énergiquement *ferro et igne*, si l'on détruisait le foyer infectieux dans la région où il s'était primitivement cantonné. Une intervention sanglante fut donc décidée, et d'autant mieux acceptée par notre courageux confrère, qu'il pensait y trouver un soulagement à ses horribles douleurs.

L'opération fut pratiquée le jeudi à six heures du soir avec l'assistance de mes collègues Gangolphe et Jaboulay, des docteurs Adenot, Curtillet et Loyson.

Le creux axillaire était tuméfié, la peau présentait sa coloration normale. Il semblait cependant qu'en quelques points elle fût légèrement ardoisée. A la pression on percevait une sensation d'œdème mollassé, profond, d'une sorte de faux œdème, ne conservant pas l'empreinte du doigt. Le gonflement s'étendait en avant et au-dessus de l'aisselle, où il devenait de moins en moins appréciable.

Une large incision suivant le bord inférieur du grand pectoral mit rapidement à nu la cavité axillaire, elle fut complétée par une autre longue incision tombant en son milieu et suivant le bord axillaire de l'omoplate.

Le tissu cellulaire était œdémateux, d'une couleur safranée. J'enlevai un ganglion du volume d'une dragée et trois à quatre autres ganglions, des dimensions d'un petit pois. Ils étaient mous, friables. Le plus gros nettement œdémateux, infiltré de sérosité, présentait sur la coupe

un piqueté rougeâtre, et à son centre un petit foyer ecchymotique. Nul indice de suppuration.

La même opération fut pratiquée dans la région sous-claviculaire. Chaque plaie et les tissus avoisinants furent largement et profondément cautérisés avec des fers rouges. Un pansement antiseptique à ciel ouvert compléta l'intervention.

L'opération amena une détente immédiate. Les douleurs jusqu'alors intolérables, disparurent complètement, la nuit qui suivit fut plus calme.

Le vendredi matin la température était de 39°,5.

L'état général semblait meilleur. Le malade prenait de l'alcool en abondance. On ne constatait aucun symptôme particulièrement alarmant. Les douleurs spontanées avaient complètement disparu. Mais dans la soirée la respiration devint plus fréquente (26 à 28 respirations par minute).

Le pouls, qui jusqu'alors avait été à 120, dépassait 130 ; il devenait mou, dépressible. Le thermomètre marquait 40°.

A dix heures du soir, l'état général était certainement plus mauvais. Pendant la nuit, l'agitation s'accrut, la dyspnée augmenta, il y eut un subdélirium presque continu.

Vers les deux heures du matin, les mêmes douleurs reparurent aussi intensives qu'avant l'opération. Elles occupaient le voisinage de l'aisselle, elles s'étendaient en avant jusqu'au sternum. En arrière elles dépassaient l'angle inférieur de l'omoplate pour s'irradier en haut du côté de la région cervicale.

Elles présentaient les mêmes caractères de spontanéité, et la moindre pression les exaspérait.

A huit heures du matin le thermomètre indiquait comme température 39°,8.

Lorsqu'on renouvela le pansement dans la matinée du samedi 27 mai, les surfaces cruentées étaient sèches, d'une coloration jaune cuivrée. Quelques gouttes de sang noir et fluide s'écoulèrent au dehors. Au pourtour des deux foyers infectieux on constatait de nouveau la présence d'un léger gonflement dont les limites n'étaient pas appréciables à la

vue. Cette tuméfaction si peu marquée et qui dépassait les plaies de quatre à cinq travers de doigt, nous était surtout révélée par les douleurs que provoquait le plus léger contact.

A partir de ce moment, toute chance de salut était perdue, le phlegmon septique, sans formation de gaz, sans apparence de gangrène, envahissait au loin le tissu cellulaire. L'empoisonnement général faisait des progrès rapides.

Dans l'après-midi, vers les deux heures, la situation empira brusquement. Aux souffrances épouvantables s'ajouta une dyspnée intense, de véritables accès de suffocation qui mirent le comble aux tortures de notre pauvre ami. Il réclamait à grands cris de l'air, il sollicitait une trachéotomie.

Cette situation lamentable prit fin sous l'influence d'une injection sous-cutanée de 0,01 de morphine et après quelques inhalations de chloroforme.

Les heures qui suivirent furent relativement calmes, mais la respiration était encore de 60 par minute. Le poulx, de plus en plus petit, se déroba sous le doigt; à minuit, je comptais 180 pulsations, puis survinrent des sueurs profuses, un subdélirium tranquille, etc. Le dénouement était proche. Émile Blanc mourait le dimanche matin, 28 mai, à sept heures.

Dans cette septicémie à forme presque foudroyante, l'incubation a été de six heures environ. La première manifestation locale s'est montrée dans l'aisselle correspondante au doigt inoculé. Elle s'est révélée par une douleur d'une violence inouïe que rien à priori ne pouvait expliquer. Huit heures après ont éclaté des phénomènes généraux graves que l'opération a paru enrayer pendant vingt-quatre heures. C'était un répit de bien courte durée. L'infection reprenait bientôt sa marche envahissante et le malade succombait le matin du cinquième jour.

Dans cette histoire lamentable un fait nous a beaucoup frappé : l'acuité extrême des douleurs à point de départ ganglionnaire.

Ces douleurs n'étaient pas justifiées par l'intensité des

phénomènes inflammatoires apparents, par le sphacèle, par l'étranglement des tissus, etc., le gonflement était à peine appréciable.

C'est dans une toxémie locale agissant sur les éléments nerveux périphériques qu'il faut en chercher l'explication.

Dans la gangrène foudroyante qu'engendre le vibrion septique, j'ai souvent noté ces douleurs particulièrement vives, mais c'est la première fois que dans une septicémie d'une autre nature, septicémie cliniquement à forme sèche, presque sans lésion locale, je vois un œdème infectieux limité donner naissance à des souffrances aussi aiguës et aussi tenaces.

La clinique nous enseignait, hélas ! une virulence extrême des germes pathogènes qui, à dose infinitésimale, avaient si rapidement pénétré dans le réseau lymphatique, et bientôt dans le torrent circulatoire. Des cultures en ont démontré le bien fondé (1). Une goutte de sérosité provenant du gros ganglion a ensemencé un tube de bouillon en moins de vingt-quatre heures. Le liquide s'est troublé dans sa totalité. L'agent infectieux était le streptocoque qui, peu

(1) Voici la note qui m'a été remise au sujet de ces cultures par mon chef de laboratoire, M. le docteur L. Dor :

« Le gros ganglion qui a servi aux ensemencements présentait un tout petit foyer hémorragique, mais pas d'abcès.

« Le lendemain les bouillons ensemencés étaient troubles, ils offraient le trouble général du bouillon qui est caractéristique des cultures de streptocoques très virulents. A l'examen microscopique il n'y avait que des streptocoques.

« Le 29 au matin, j'ensemenciai un tube de gélatine, la culture était déjà apparente le 29. Le 30 au matin, on pouvait constater le long de la strie, à la surface de la gélatine, une série de petites colonies grisâtres se touchant toutes, et donnant à l'ensemble du dépôt un aspect chagriné, absolument identique à celui d'une culture faite le 24 mai avec le pus d'une péritonite puerpérale, et qui était également des streptocoques. »

Blanc devait offrir un terrain particulièrement favorable à la virulence streptococcienne. Surmené, diabétique depuis quelque temps, il réalisait humainement certaines conditions expérimentales mises en relief par O. Bujwid, qui augmentait la virulence des streptocoques en ajoutant du glucose aux milieux de culture.

virulent, colonise sous forme de flocons, de petits grumeaux, et donne, au contraire, un état trouble de tout le liquide ensemencé, lorsque ses propriétés pathogènes sont à leur maximum.

Et maintenant que nous avons suivi heure par heure le calvaire si durement gravi par celui qui n'est plus, maîtres, amis, camarades, inclinons-nous une dernière fois devant cette tombe si prématurément ouverte où disparaissent tragiquement tant d'efforts et tant d'espérances.

La mort d'Émile Blanc laisse dans le cœur de tous ceux qui l'ont connu de profonds regrets.
